

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 90

DE LA CONDUITE A TENIR
DANS LE
PLACENTA PRÆVIA CENTRAL

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 28 Février 1923

PAR

Lucien-Clotaire TRIFARD

Né, à Fort-de-France (Martinique), le 7 Avril 1895

Examineurs de la Thèse	{	MM. RIVIÈRE, professeur, <i>Président</i> .	}	<i>Juges.</i>
		BERGONIE, professeur		
		PERY, agrégé		
		RÉCHOU, agrégé		

BORDEAUX
IMPRIMERIE R. TAILLEBOURG FILS
80 bis, Cours de l'Argonne

1923

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 90

DE LA CONDUITE A TENIR
DANS LE
PLACENTA PRÆVIA CENTRAL

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 28 Février 1923

PAR

Lucien-Clotaire TRIFARD

Né à Fort-de-France (Martinique), le 7 Avril 1895

Examineurs de la Thèse	{	MM. RIVIÈRE, professeur, <i>Président.</i>	}	<i>Juges.</i>
		BERGONIE, professeur		
		PERY, agrégé		
		RÉCHOU, agrégé		

BORDEAUX
IMPRIMERIE R. TAILLEBOURG FILS
80 bis, Cours de l'Argonne

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

MM.

Clinique médicale	ARNOZAN.
id.	CASSAET.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.
id.	VILLAR.
Pathologie et thérapeutique générales	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZÈS.
Anatomie	PICQUÉ.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.
Physiologie	PACHON.
Hygiène	AUCHÉ.
Médecine légale et déontologie	VERGER.
Physique biologique et clin. d'électr. médicale	BERGONIÉ.
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.
Pharmacie	DUPOUY.

MM.

Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	DENUCÉ.
Clinique gynécologique	BEGOUIN.
Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS.
Chimie biologique et médicale	DENIGÈS.
Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Médec. coloniale et clin. des malad. exotiques	LE DANTEC.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	W.DUBREUILH
Clinique des maladies des voies urinaires	POUSSON.
Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURE.
Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.

MM. PRINCETEAU (Anatomie) — GUYOT (Pathologie externe) — LABAT (Pharmacie)
CARLES (Thérapeutique et pharmacologie) — PETGES (Vénérologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Anatomie et embryologie	N..
Histologie	LACOSTE (chargé).
Physiologie	DELAUNAY.
Anatomie pathologique	MURATET.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS (chargé).
id.	N.
Physique biologique et médicale	RÉCHOU.
Chimie biologique et médicale	N.
Médecine générale	MAURIAC.
id.	LEURET.
id.	DUPÉRIÉ.

MM.

Médecine générale	CREYX.
id.	MICHELEAU.
Maladies mentales	PERRENS.
Médecine légale	LANDE.
Chirurgie générale	ROCHER.
id.	DUVERGEY.
id.	PAPIN.
Obstétrique	PERY.
id.	FAUGÈRE.
Ophtalmologie	TEULIÈRES.
Pharmacie	N.

CHARGÉS DE COURS

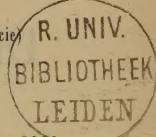
MM.

Clinique dentaire	CAVALIÉ.
Médecine opératoire	VENOT.
Accouchements	FAUGÈRE.
Ophtalmologie	CABANNES.

MM.

Puériculture	ANDERODIAS.
Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Chimie	RANGIER.
Pathologie interne	CREYX.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle GOURDON.



Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

*C'est à sa vie de dévouement et de
sacrifice que je dois tout.*

*Je lui dédie ce travail en témoi-
gnage de mon affection et de ma
reconnaissance.*

A MES SŒURS ET A MON FRÈRE

*Faible témoignage de ma grande
affection.*

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A Monsieur le Docteur Gaston Teulières

En souvenir de notre bonne amitié.

A Monsieur le Docteur H. Gullhaume

MÉDECIN INSPECTEUR DES ÉCOLES

MÉDECIN DES DISPENSAIRES ANTITUBERCULEUX DE L'OFFICE D'HYGIÈNE

DE LA PRÉFECTURE DE LA SEINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

Amitié.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Docteur M. Rivière

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

ACCOUCHEUR EN CHEF DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

De la Conduite à tenir dans les Cas de Placenta prævia central

AVANT-PROPOS

Nous ne voulons point accomplir ce dernier acte de notre scolarité sans manifester notre reconnaissance à tous ceux qui nous ont facilité la tâche.

Nous adressons d'abord nos plus sincères remerciements à nos maîtres de la Faculté de Médecine de Bordeaux pour les précieux enseignements qu'ils nous ont donnés et la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée au cours de nos études médicales.

Nous remercions particulièrement M. le Professeur Faugère à qui nous devons la première idée de ce travail. Nous le prions de recevoir l'hommage de notre respectueuse gratitude.

Merci aussi à M. le Docteur Favreau pour l'amabilité qu'il a montrée à notre égard et pour les conseils qu'il nous a donnés pour édifier ce travail.

Nous remercions enfin M. le Professeur Rivière, dont nous gardons le meilleur souvenir de ses leçons cliniques. Qu'il veuille nous permettre de lui exprimer notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider cette thèse.

CHAPITRE I

INTRODUCTION

Nous rappelons brièvement que le placenta est dit « prævia » toutes les fois qu'il se développe en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus. Quelques auteurs font de ce terme le synonyme d'insertion vicieuse du placenta.

Selon que le placenta se rapproche ou recouvre l'orifice interne du col, on le classe en : latéral, marginal, partiel, total ou central. Enfin, il a été décrit une dernière variété, très rare d'ailleurs, c'est le placenta prævia cervical.

Nous ne nous occuperons ici que du placenta prævia central. Sans doute, cette variété est de beaucoup moins fréquente que les variétés marginale et latérale, mais elle existe. Si nous insistons sur ce fait, c'est que le placenta prævia, dit central, a été nié par un certain nombre d'accoucheurs, en particulier par M. le Professeur Pinard qui, dans la thèse de Mademoiselle Bertha Dylion (1), affirme ne l'avoir jamais rencontré sur 11.000 accouchements.

(1) Thèse de Paris (1889-90).

Pourtant, si nous parcourons quelques statistiques, nous trouvons que :

Lormer...		l'aurait trouvé 25 fois sur 136 cas.
Kung.....	—	81 — 219 cas.
Démelin..	—	1 — 15 ou 16 cas.

Henri Coirint (1) dans sa thèse a mentionné sur 39.194 accouchements 235 cas de placenta prævia dans lesquels on trouve :

Variété partielle	159 fois.
Variété centrale	51 fois.

Somme toute, le placenta prævia, dit central, placenta recouvrant totalement l'orifice interne du col utérin, est une forme d'insertion vicieuse, mais une forme rare.

(1) Thèse de Strasbourg (1919-20).

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE DIAGNOSTIC — PRONOSTIC

M. le Professeur Brindeau a écrit dans « *La Pratique de l'Art des accouchements* » : « *Au point de vue clinique, le terme placenta prævia est pour ainsi dire synonyme d'hémorragie* ». C'est dire que le principal symptôme, celui qui attire presque toujours l'attention du médecin sur l'insertion vicieuse du placenta, est l'hémorragie. Ces hémorragies se produisent au cours de la grossesse, pendant le travail ou après l'accouchement. C'est un signe qui ne fait jamais défaut. Les hémorragies affectent des caractères très variables. A côté des larges hémorragies, d'emblée foudroyantes, heureusement rares, nous trouvons, et c'est là les cas les plus communs, la première hémorragie importante, souvent précédée de suintements sanguins passés inaperçus. Elle est soudaine, réveillant la femme en plein sommeil, sans cause apparente, sans prodromes. Parfois, elle s'arrête brusquement, d'autres fois elle se répète à intervalles réguliers ; enfin, elle peut aller en progressant.

En présence d'une femme qui saigne aux derniers mois

de sa gestation, nous posons, avec M. le Professeur Pinard, le diagnostic de placenta prævia.

Sans doute, il sera bon d'éliminer un certain nombre d'affections s'accompagnant d'hémorragie. Le décollement prématuré du placenta normalement inséré sera facilement différencié par ses signes du début (douleur vive et brusque de l'abdomen, malaise général), par la dureté ligneuse caractéristique de l'utérus — utérus de bois — et par les signes physiques dont nous parlerons plus loin, contribueront à nous mettre sur la voie.

Le cancer et le fibrome du col et du corps utérin seront vite éliminés par le caractère de leurs hémorragies, par les pertes blanches qui se combinent souvent à l'hémorragie.

Mais les signes physiques sont les meilleurs facteurs de notre diagnostic. Ils nous permettront de porter à la fois le diagnostic différentiel et le diagnostic positif du placenta prævia central.

L'inspection ne nous donnera pas beaucoup de renseignements sinon, dans certains cas, un développement exagéré du volume de l'utérus.

Nous constaterons, à la palpation, un défaut d'engagement de la partie fœtale en présentation, surtout lorsque nous serons près du terme de la grossesse.

Mais c'est le toucher vaginal qui nous éclairera le plus.

a) Si le col n'est pas perméable, on peut sentir à travers les culs-de-sacs vaginaux le segment inférieur de l'utérus plus large qu'il ne l'est d'ordinaire, d'une consistance différente, et l'on ne rencontre aucune partie fœtale.

b) Si le col est effacé, le doigt sent parfaitement les cotyledons placentaires, dont la consistance et la surface irrégulière rappelle celles d'un matelas, sensation qui lui a valu le nom de « matelas placentaire ». Nulle part le doigt ne rencontre les membranes.

Cette absence des membranes révélée par le toucher nous permettra en même temps d'établir le diagnostic différentiel du placenta prævia, dit central, avec les autres variétés de placenta.

L'insertion vicieuse du placenta s'accompagne d'un pronostic qui s'assombrit pas l'abondance des hémorragies. Toutes les statistiques en font foi. Du côté de la mère, l'hémorragie considérable et l'anémie aiguë qui s'ensuit peut entraîner la mort. Du côté de l'œuf, c'est le décollement et la rupture prématurée des membranes ; enfin, c'est l'accouchement prématuré. La vie de l'enfant est compromise par le fait même de la dilatation du col qui aboutit au décollement placentaire et supprime progressivement la circulation utéro-placentaire. Et l'on comprend que lorsque l'insertion est très basse, quand elle est centrale, les accidents atteignent le maximum de gravité.

Si nous consultons les statistiques anciennes, nous voyons que la mortalité est deux fois plus forte dans la variété centrale que dans la marginale (Müller).

Dans les statistiques plus récentes, on voit que Démélin donne une mortalité de 35 % pour le placenta prævia total.

Cette mortalité maternelle, déjà impressionnante, est inférieure à la mortalité infantile qui atteint 70 %.

CHAPITRE III

EXPOSÉ CRITIQUE DES DIFFÉRENTES MÉTHODES DE TRAITEMENT

En présence d'un pronostic si sombre, la nécessité et l'urgence d'un traitement ne font aucun doute. Il suffit de remarquer le grand nombre de mémoires et de faits publiés sur cette question, pour attester les inquiétudes, légitimes d'ailleurs, que les hémorragies dues aux insertions vicieuses du placenta, ont éveillées chez les accoucheurs. Aussi, nous nous contenterons de donner un court aperçu sur les méthodes anciennes et insisterons davantage sur celles qu'on utilise le plus de nos jours.

Nous rappellerons pour mémoire, après M. Auvard (1), un certain nombre de médicaments et médications qui ont été préconisés. Nous voulons parler des sangsues, des douches révulsives sur les reins, des vésicatoires, des ventouses sur les seins, de la ligature des membres. Rappelons en même temps le seigle ergoté de Paul Dubois, la strychnine, sabine, digitale, sucre de Saturne, l'acétate de morphine (Fabre), la cannelle (Boer), etc., etc.

(1) Thèse d'agrégation d'accouchement, Paris 1885-86.

Mais tous ces procédés n'ont qu'un intérêt historique et, actuellement, le traitement du placenta prævia central peut se diviser en manœuvres obstétricales et procédés chirurgicaux.

Traitement obstétrical. — En présence de ces hémorragies, souvent si abondantes, les accoucheurs se sont ingénies à opposer à ce sang une barrière aussi compacte que possible. De là est né le tamponnement vaginal dont Leroux, de Dijon, est un des premiers propagateurs. Cet auteur employa tour à tour comme tampon : l'étope, la charpie, le coton, la compresse. Depuis, diverses modifications ont été apportées à la nature du tampon. On a employé des vessies en caoutchouc, le colpeurynter, etc., etc. Quoi qu'il en soit, cette méthode qui a prévalu pendant longtemps est actuellement battue en brèche. Par les douleurs qu'il provoque, et son inefficacité, puisque les hémorragies en sont pas toujours arrêtées, nous croyons avec MM. Pinard et Bar, pour ne citer que ceux-là, que le tamponnement est un moyen d'attente, une méthode de nécessité, et non de choix.

Nous serons très bref sur la méthode par les injections chaudes vaginales. Elles sont sûrement insuffisantes dans les cas graves. En outre, en provoquant les contractions utérines, elles augmentent le décollement du placenta.

Un accoucheur anglais, le Professeur Simpton, d'Edimbourg, préconisa le décollement total du placenta. Cet auteur décolle complètement le placenta et l'arrache violemment ; l'expulsion du fœtus se faisant ensuite tout naturellement. Il va sans dire qu'une pareille méthode donne une mortalité infantile excessive. D'ailleurs l'auteur fournit comme pourcentage : 10 décès pour les mères, et 82 enfants morts sur 141 cas.

Nous voyons donc que la méthode de l'arrachement du placenta n'est pas une méthode à préconiser. Elle ne sau-

rait trouver son application que dans les rares cas où le placenta serait déjà entièrement décollé, offrant ainsi obstacle au passage du fœtus.

La méthode de Puzos ou de rupture artificiel des membranes ne trouve pas facilement son application dans le placenta prævia central. Les membranes sont souvent fort difficiles à atteindre. Nous ne pourrions l'utiliser qu'après avoir décollé largement le placenta ou après l'avoir perforé (Deventer), ce qui augmenterait les hémorragies. De plus, on ne saurait utilement la pratiquer que pendant le travail. Autrement, elle expose la femme, à l'infection, en libérant le liquide amniotique, antiinfectieux.

A côté de ce procédé, nous pouvons ranger celui de Deventer. Cette méthode consiste à perforer le placenta avec les doigts. De ce fait, il s'ensuit l'écoulement du liquide amniotique, le retrait de l'utérus et l'application de la partie fœtale en présentation du segment inférieur. Seul, dans les cas où la présentation serait normale, ce procédé donnerait quelques résultats. Or, dans les insertions vicieuses du placenta, les présentations normales sont loin d'être constantes. En outre, la perforation permettra l'écoulement du liquide, mais elle sera insuffisante pour laisser passer le fœtus, à moins de faire un large délabrement. De plus, c'est un procédé aveugle, qui entraîne souvent l'arrachement ou la déchirure du cordon, d'où la mort fœtale presque certaine.

D'après Müller, la méthode de Deventer donne :

Une mortalité maternelle de 34 % ;

Une mortalité fœtale de 57 %.

La manœuvre de Braxton-Hicks ne peut trouver son application dans les cas de placenta prævia central qu'au cas où on la combinerait à la méthode de Deventer. Nous ne croyons pas que ce soit là une méthode de choix.

Nous ne parlerons pas du ballon de Champetier de

Ribes, dont on ne saurait avoir recours, ne pouvant l'introduire dans l'œuf, à moins de rupturer les membranes, chose très difficile dans le placenta prævia, dit central.

Tenterons-nous la dilatation bimanuelle par le procédé de Bonnaire ? Ce procédé, en faisant progresser la dilatation, augmente l'hémorragie par décollement simultané du placenta. Ces dilatations mécaniques exposent aux déchirures segmentaires certaines multipares aux tissus friables, certaines primipares au col résistant et rigide. En outre, ce procédé ne peut donner une dilatation utilisable qu'après un laps de temps souvent trop long pour une femme qui saigne.

Traitement chirurgical. — Nous en arrivons, après cette énumération successive des procédés obstétricaux, au traitement chirurgical. Nous comprenons aisément qu'en raison des difficultés et des dangers de l'accouchement par les voies naturelles, que les accoucheurs ont pensé à intervenir par la voie haute, par la voie abdominale.

Lawson Tait, chirurgien anglais fut le premier à préconiser l'opération césarienne dans les cas de placenta prævia. Sa proposition n'eut pas de succès. A l'étranger, la question fut reprise et dans ces dernières années cette opération fut de nouveau préconisée par Sellheim, Krœnig et Baisch, de Munich.

Actuellement, l'indication de cette opération est loin d'être admise par la majorité des accoucheurs. Néanmoins, il est bon de remarquer que, dans les cas d'insertion centrale du placenta, c'est une des opérations qui sauvegarde le plus les intérêts de l'enfant.

Les avantages du traitement opératoire dans le placenta prævia central sont sans doute multiples. A côté du grand intérêt qu'elle porte à l'enfant, si souvent sacrifié au salut de sa mère, l'opération césarienne permet de délivrer plus rapidement la femme, puisque les interventions

ne durent que quelques minutes. Faite aseptiquement, elle n'entraîne pas davantage de germes infectieux que les manœuvres obstétricales plus ou moins compliquées et répétées. Disparaissent, avec le traitement chirurgical, les risques des hémorragies nouvelles après l'accouchement, si communs après les autres manœuvres.

Sans doute, l'opération césarienne présente toujours tous les dangers d'une laparotomie. La femme opérée est menacée d'infection péritonéale, d'hémorragie abondante et plus tard de rupture de la cicatrice utérine.

Quant à l'avenir de ces opérées, il nous suffira de relire les brillants résultats rapportés par M. Morisson-Lacombe dans sa thèse, pour voir qu'il est moins sombre qu'on le croit.

Avec M. Couvelaire, cet auteur croit que, avec les progrès actuels de la chirurgie obstétricale, l'opération césarienne compromet l'avenir obstétrical des opérées dans une très faible mesure. D'après ces auteurs, la stérilité ultérieure, qu'on reproche si volontiers à cette opération, est accrue par la restriction volontaire qui tend d'ailleurs à décroître.

« Les avortements sont rares : 4 %. L'évolution jusqu'à terme et au voisinage du terme est la règle : 84 %. L'accouchement prématuré est assez fréquent : 12 %. La rupture utérine est rare : 4 %, et devient plus rare encore avec les progrès de la technique. » (1)

M. le Professeur Bar a recours volontiers à la section césarienne, lorsqu'il y a hémorragie grave d'emblée chez une parturiente, dont le col n'est pas aisément dilatable. Un grand nombre d'autres accoucheurs partagent son opinion, en particulier M. le Professeur agrégé Faugère (Bordeaux) est nettement partisan de cette opération toutes les fois que le placenta recouvre totalement l'orifice interne

(1) Mousson-Lacombe, Thèse de Paris 1920.

chez une femme pouvant supporter les frais d'une opération.

M. Petersen (Bergen) recommande l'élargissement des indications de l'opération césarienne dans les cas de placenta prævia central.

A la Société Jutlandaise de Médecine, en séance de 1919, M. Albeck rapporte deux cas de placenta prævia total traité par la césarienne avec d'excellents résultats et pour les mères et pour les enfants.

Quant au choix de l'opération, quatre techniques différentes s'offrent au chirurgien :

La césarienne abdominale conservatrice, l'hystérectomie totale ou subtotale, la césarienne supra-symphysaire, la césarienne vaginale.

La césarienne haute conservatrice, pratiquée dans toutes les conditions d'asepsie, constitue le procédé de choix.

L'hystérectomie totale ou subtotale ne saurait la substituer qu'au cas où l'infection des voies génitales, les altérations de la paroi utérine s'ajouteraient à l'insertion vicieuse.

La césarienne vaginale et supra-symphysaire par les lésions qu'elles peuvent entraîner du côté de la vessie, du péritoine, ne semblent pas être très recommandables.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Observations que nous publions ci-après envisagent les divers traitements obstétricaux et chirurgicaux qui ont été utilisés dans les cas de placenta prævia central.

A l'exception de celle de MM. Rivière, Boursier, et l'inedite de M. Faugère, elles ont été puisées dans la littérature obstétricale et gynécologique, dont nous avons pu disposer pour l'édification de notre thèse.

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de MM. RIVIÈRE et BOURSIER.

Femme X... , 25 ans, primipare, sans antécédents marquants, sinon une thyroïdectomie pratiquée en avril 1920. Menstruation normale. Aucune velléité d'écoulement leucorrhéïque dans l'intervalle des époques.

Dernières règles : 12 au 14 juillet 1921.

Gestation normale au début. Pas de pertes blanches. A sept mois et demi, au réveil, la malade perd du sang en assez grande abondance. L'hémorragie indolore dure trois jours en

décroissant d'intensité. Les urines sont albumineuses. Repos au lit, régime lacté. Aucune hémorragie ne se reproduisant, la malade quitte le service.

Quinze jours après, nouvelle hémorragie indolore pendant vingt-quatre heures.

Troisième hémorragie de même caractère quatre ou cinq jours après.

La malade rentre dans le service le 4 avril 1922, parce qu'elle souffre du ventre.

A l'examen, femme de belle taille, robuste, squelette normal.

Examen obstétrical. — Utérus normalement développé pour l'âge de la grossesse. On trouve au-dessus du D. S. une masse qui paraît volumineuse et qui, à un examen superficiel, ressemble à un siège. Un palper plus approfondi permet de diagnostiquer une tête non fléchie très déviée au-dessus du D. S. et qui semble séparée des doigts qui la palpent par une épaisseur anormale de tissu. Le dos est à gauche. L'auscultation est plus à gauche et au-dessus de l'ombilic. L'enfant semble assez gros.

Au toucher, l'excavation est vide. Le col entièrement fermé. La présentation très élevée n'est accessible qu'au bout du doigt et paraît séparée du doigt par le segment inférieur très épais et mal formé.

En déprimant fortement le cul-de-sac antérieur, on accède un peu plus facilement sur la tête derrière la symphyse pubienne.

Diagnostic. — Placenta prævia central, dont la masse principale est en arrière de l'orifice, mais qui le recouvre cependant en arrière, en avant jusqu'au voisinage de la symphyse pubienne.

Le 3 avril, nouvelle hémorragie assez abondante qui cède aux injections chaudes. Il persiste pendant les jours suivants un très léger suintement sanguin.

Devant ces menaces d'hémorragies graves, la grossesse paraissant à terme et le col étant long et fermé, c'est-à-dire ne

permettant pas d'intervenir rapidement par l'ouverture de l'œuf en cas d'hémorragie, on décide l'intervention par voie haute, la seule qui semble permettre d'avoir un enfant vivant.

(Désinfection soignée du vagin et du col la veille de l'opération. Infection iodée le matin de l'intervention.)

Intervention. — Le 11 avril 1922, à 10 heures du matin, hôpital Tastet-Girard, M. le Professeur Rivière, aide-assistant M. Lacouture, anesthésie au chloroforme.

Opération césarienne abdominale suivant la technique habituelle.

Les membranes très adhérentes ne permettent pas l'énucléation de l'œuf dans son entier. L'enfant extrait très rapidement crie aussitôt. Le placenta est inséré exactement, comme l'examen par voie vaginale l'avait montré. La délivrance, par suite de l'adhérence des membranes, est assez délicate. Elle s'accompagne d'une hémorragie abondante. Cette hémorragie provient surtout des lacs sanguins du corps de l'utérus qui reste mou. Le segment inférieur saigne un peu.

Suture utérine en deux plans.

Suture de la paroi en trois plans.

Au cours de l'intervention, la femme paraît assez choquée (caféine, huile camphrée). Aussitôt après l'intervention, le poulx est petit, rapide et dépressible. Injection intra-veineuse de 50 cc³ du sérum artificiel.

Dans les heures qui suivent, 500 cc³ de sérum sous-cutané. Le poulx devient meilleur, mieux frappé dans la soirée.

T. A. — Mx: 11. — Mm: 7. — I: 4.

La malade est un peu agitée et se plaint d'une soif intense, mais son état devient rassurant. Les lochies sont en quantité normale. Il n'a pas été donné d'ergotine.

Suite de couches. — Malgré les injections vaginales répétées sous pression, la malade présente quelques pertes purulentes un peu fétides et une élévation de température. Mise en place d'ossiles Roche au thigénol. Chute de la température dans les huit jours.

Traitement de l'anémie par le spectrol. Etat local excellent à la sortie. Etat général satisfaisant.

OBSERVATION II (Résumée)

Communiquée par M. ANDÉRODIAS à la Société
de Gynécologie et de Pédiatrie de Bordeaux.

X... , 27 ans, journalière, IIIpare, entre le 24 octobre 1904 à la Clinique d'accouchements pour des pertes de sang très abondantes.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : nourrie au sein, réglée à 13 ans. Sa menstruation a toujours été régulière. Elle n'a jamais eu aucune maladie.

Première grossesse à 23 ans, normale.

Deuxième grossesse terminée à deux mois et demi par avortement dont la cause échappe. Suite des couches pathologiques : pertes fétides ; curettage.

Dernières règles du 25 au 27 janvier 1904.

Pendant les cinq premiers mois, quelques vomissements, anorexie, alternations de constipation et de diarrhée.

Vers le septième mois, perte de sang très abondante sans fatigue.

Au début du neuvième mois, nouvelle hémorragie avec expulsion de caillot.

Dans la nuit du 23 au 24 octobre, nouvelle hémorragie. Une sage-femme, appelée, diagnostique une insertion vicieuse du placenta et fait transporter la malade à la Clinique.

Le 25, la femme est examinée. Elle est pâle, décolorée. Au toucher, col non effacé entr'ouvert, mais à orifice interne fermé. Enfant en présentation de l'épaule.

Le 28, à onze heures, les douleurs se précipitent. A deux heures du matin, l'orifice interne est largement ouvert, mais le col conserve presque toute sa longueur. Les contractions uté-

rines, fréquentes et régulières, s'accompagnent d'un écoulement sanguin de plus en plus abondant. Le pouls est petit.

A quatre heures du matin, on décide la délivrance le plus rapidement possible.

Chloroformisation et aseptie vulvo-vaginale. Au toucher, pas de membranes. Rien que du placenta.

Version de Braxton-Hicks après perforation du placenta. Un pied est saisi et attiré dans le vagin. L'hémorragie s'arrête. Malheureusement, en même temps que le pied, s'engage une anse de cordon; impossible de réduire.

Extraction d'un fœtus mort (2 kil. 350).

L'intervention a duré vingt minutes environ. Délivrance artificielle. Injection intra-utérine à 48°.

L'utérus se contracte, mais l'hémorragie reprend.

Tamponnement, bandage de corps en T. Injection de caféine et sérum artificiel. L'état général de la malade se relève.

Suites de couches normales. La malade quitte le service au bout de douze jours, en bon état.

OBSERVATION III

De M. ANDÉRODIAS.

Hélène C. . . , 32 ans, ménagère, Vpare.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : n'a jamais été malade. Réglée à 14 ans. Menstruation longtemps difficile et irrégulière. Crise d'anémie sérieuse. Mariée à 27 ans. Ses règles sont venues normalement.

Première grossesse : normale, accouchement laborieux, forceps.

Deuxième grossesse : se termine à 3 mois par un avortement.

Troisième grossesse : normale.

Quatrième grossesse : se termine à un mois et demi environ par un avortement dont la cause nous échappe.

Grossesse actuelle : dernières règles février 1904.

Grossesse normale jusqu'au mois d'août. A cette époque, perte sanguine abondante. Repos au lit. Injections chaudes. Depuis, les hémorragies se répètent tous les huit jours.

Le 4 novembre, dans la nuit, la malade est prise brusquement d'une hémorragie abondante. Au toucher, col effacé, dilatation d'un franc. Le doigt arrive sur le placenta; membranes non accessibles. Pouls filiforme.

Tamponnement. Injection de caféine.

Anesthésie au chloroforme. Dilatation bimanuelle de Bonnaire. Rupture des membranes après beaucoup de difficulté pour les atteindre.

La version est faite facilement et on tire un enfant macéré pesant 9 livres.

Délivrance artificielle. Injection de sérum.

Suites des couches pyrétiques au début.

Etat de la malade s'améliore chaque jour.

Elle se lève le 28 septembre, mais profondément anémiée.

OBSERVATION IV

De M. René LECOCQ.

G..., fermière, âgée de 39 ans, IIIpare.

Antécédents personnels : réglée régulièrement depuis l'âge de 15 ans.

Première grossesse, en 1895, normale.

Deuxième grossesse, en 1908 : expulsion d'un fœtus d'un mois et demi, à la suite de laquelle on fait un curettage à Larioisière.

En juin 1908, laparotomie. Pas de renseignements précis sur cette intervention chirurgicale.

Grossesse actuelle : dernières règles le 22 décembre 1909. Vers le 10 septembre 1910, la femme commence à avoir des pertes sanglantes qui l'obligent à entrer à la Maison départementale de Nanterre.

A son entrée, on constate la présence d'albumine dans ses urines. Repos absolu. Régime lacté. Les symptômes s'amendent.

Le 17 octobre 1910, à une heure du matin, perte de sang abondante et apparition de contractions utérines douloureuses. A deux heures du matin, premier examen. Pouls : 80.

Palper : tête en bas, dos à gauche.

Auscultation : bonne. Bruits du cœur fœtal normaux.

Toucher : col très haut, dilatation d'un franc. A travers l'orifice, on sent un pôle fœtal résistant et recouvert d'une couche de tissu membraneux épais. Toute la matinée, elle perd du sang, mais très peu. Contractions utérines douloureuses et espacées.

Vers trois heures de l'après-midi, l'hémorragie s'exagère subitement. Pouls très faible, rapide. Dilatation à deux francs. On sent, à travers l'orifice, le gâteau placentaire.

On essaie vainement de décoller le placenta, de le contourner pour atteindre les membranes et les rompre.

Le docteur Raymond fut appelé et décide de l'opération.

Anesthésie au chloroforme. Laparotomie.

Hystérectomie totale.

La mère et l'enfant se portent bien.

Suites des couches excellentes.

La femme sort du service le 15 novembre 1910, parfaitement guérie. Elle a commencé l'allaitement dès le surlendemain de l'opération.

OBSERVATION V

Publiée par M. Guilhaume FAURE, dans sa Thèse.

Jeanne H. . . , 32 ans, IIpare. Entre au dortoir le 12 novembre 1919.

Antécédents héréditaires : rien de particulier.

Antécédents personnels : a toujours bien marché. Réglée à 13 ans; époques régulières, mais douloureuses.

Antécédents obstétricaux : pas de fausses couches.

Première grossesse, en 1914, normale. Accouchement à terme sans incidents.

Enceinte actuellement de 9 mois (dernières règles du 2 au 7 février); a senti remuer à 5 mois.

Examen général : squelette normal.

Examen spécial : seins normaux. Utérus volumineux. Hydramnios.

A la palpation : présentation de l'épaule droite non engagée; tête à droite; dos en arrière.

Au toucher : col effacé.

A l'auscultation : bruits du cœur fœtal faibles.

Le 14 novembre, même état. On pose une ceinture avec tampon. Version par manœuvres externes facile et maintenue.

Le 15 novembre, hémorragie primitive abondante. Température normale. Œuf fermé.

M. Lequeux décide de pratiquer la césarienne conservatrice.

Intervention n° 751 du cahier d'opérations, le 20 novembre 1919. Incision classique. Extériorisation de l'utérus. Incision de l'utérus. Extraction d'une fille vivante pesant 3 kil. 730. Le placenta extérieurement étalé, recouvre l'orifice interne. Extraction complète du placenta et des membranes. Suture de l'utérus à la soie et au catgut. Réintégration de l'utérus. Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

Il a été fait deux piqûres d'ergotine.

Suites de couches : hémorragie un peu abondante dans les vingt-quatre heures n'ayant point nécessité de traitement spécial.

Température : 38°8; pouls : 120.

Le soir du onzième jour, la température était à 37°6 et le pouls à 90.

Le 14 novembre, vingt-deuxième jour après l'intervention, la femme sort en parfaite santé avec un enfant vivant et bien portant.

OBSERVATION VI

Publiée par M. H. PAUCOT,
dans le *Bulletin de la Société de Gynécologie*.

B. J. . . , âgée de 34 ans. Régée à 13 ans. Pas d'antécédents pathologiques, Ilpare.

Première grossesse normale. Accouchement à terme sans incident.

Dernières règles deux mois après son premier accouchement (fin octobre 1920).

En novembre, vomissements graves, tenaces, qui cessent après dix jours de régime lacté.

7 avril, sans signes précurseurs, hémorragie abondante.

M. le Docteur Verlainé porte le diagnostic d'insertion vicieuse du placenta.

10 mai, nouvelle hémorragie importante.

28 mai, la femme est réveillée parce qu'elle est mouillée, et l'on constate que le lit est inondé de sang.

30 mai, malade pâle, anémiée; pouls petit à 130. Col mou, effacé, obstrué de caillots. Fœtus en présentation du sommet en G. T. Battements du cœur perceptibles.

On décide la césarienne abdominale.

Opération à 15 heures. Anesthésie au chloroforme. Incision médiane de l'utérus sans extériorisation. Fœtus extrait en état de mort apparente. Ranimé après 15'. Placenta inséré sur la face postérieure de l'utérus recouvre l'orifice utérin.

Suture de l'utérus au catgut n° 2.

Suture du péritoine au catgut n° 1.

Suture de la paroi aux crins de Florence.

Suites opératoires simples.

Enfant, nourri à l'allaitement artificiel, pèse, le 9 juin, 2 kil. 750.

L'examen du placenta confirma que la surface cotylédonnaire recouvrait complètement le col et que, pour atteindre

les membranes en avant, il eût fallu détacher le tissu placentaire sur une étendue de plusieurs centimètres.

OBSERVATION VII

De M. LAURENTIE.

R. G. . . , 30 ans, multipare, est amenée d'urgence à la Maternité, le 26 juin, vers midi. Pâleur extrême, traits exprimant l'angoisse. Pouls à 134. Respiration difficile.

Enceinte de huit mois; présente des hémorragies depuis deux mois. Depuis huit jours, l'hémorragie n'avait plus cessé.

Examen obstétrical : gros utérus; fœtus en présentation du siège; auscultation des bruits du cœur négative; col dilaté et souple. Le placenta recouvre complètement le col. Nulle part on n'arrive sur un de ses bords.

Traitement général : sérum artificiel, caféine.

Anesthésie au chloroforme. Dilatation manuelle facile. La pain passe à travers le placenta et extrait un fœtus de 2,500 grammes, mort.

Délivrance artificielle. Injection intra-utérine.

Insertion vélamenteuse du cordon.

L'opération a duré huit minutes, sans écoulement de sang.

Au bout d'une heure, le pouls de la malade faiblit. Phénomènes d'excitation et la malade meurt.

OBSERVATION VIII (résumée)

De M. Rouvé.

Femme âgée de 39 ans, VIIipare, entre dans le service le 20 août, à deux heures du matin.

Grossesses antérieures : normales, sans incidents.

Grossesse actuelle : souffre depuis huit jours de crampes dans le bas-ventre. N'a jamais saigné.

Le 19 août, à 23 heures, après un bain chaud, elle éprouve des douleurs et saigne fortement. Le médecin, appelé, constata

un placenta prævia, fait un tamponnement vaginal et l'envoie à la Clinique.

Femme anémiée, pouls filiforme, état d'agitation.

Injection intra-veineuse de 250 cc. de sérum physiologique. A 2 h. 30, on enlève le tampon. Hémorragie immédiate.

Examen obstétrical : col effacé, dilatation d'une paume de main couverte complètement par les masses placentaires.

On perfore en narcose le placenta. Version podalique et extraction lente d'un fœtus mort.

Après l'expulsion, l'utérus se contracte mal et nouvelle hémorragie. Délivrance artificielle.

A 5 heures, la femme se porte relativement bien. Elle n'a plus saigné. Pouls accéléré mais palpable.

OBSERVATION IX (résumée)

De M. Rouvé.

Ipare de 32 ans ; entre au service le 16 août.

Antécédents personnels : pleurésie à 8 ans; érysipèle de la face à 16 ans.

Menstruation régulière sans particularités.

Premier accouchement terminé par un forceps.

Au commencement de la grossesse actuelle, l'état de la femme est parfait.

Au huitième mois, hémorragie subite douloureuse.

Le 16 août, forte hémorragie. A 14 heures, un médecin a constaté un placenta prævia.

Au toucher vaginal, on trouve un col rigide, d'une longueur de trois centimètres, perméable au doigt. L'orifice interne est complètement recouvert par des masses placentaires. Tête au détroit supérieur.

Vu l'état précaire de la femme, col long et rigide à peine perméable; on décide de faire la section césarienne classique.

Anesthésie à l'éther. Opération facile.

En détachant le placenta, on peut constater qu'il s'agit réellement d'un placenta prævia central.

L'enfant crie après peu de temps.

L'enfant et la mère quittent le service en bonne santé après un séjour de vingt jours.

OBSERVATION X

De MM. GAUJON et BERTROU.

Epouse C..., ménagère, 40 ans, constitution robuste, Vpare.

Antécédents pathologiques : nuls.

Les quatre grossesses antérieures ont été normales.

La grossesse actuelle a évolué normalement jusqu'au sixième mois. A cette époque, apparition des premières hémorragies.

Dernières règles vers le 6 mars 1921.

4 décembre, hémorragie spontanée, indolore.

6 décembre, on porte le diagnostic de placenta prævia.

Au toucher : vulve souple, segment inférieur épais, col non dilaté à toute sa longueur. On n'atteint pas les membranes.

L'enfant étant mort, on perfore la masse placentaire. Manœuvre de Braxton-Hicks impossible. On place alors un ballon de Champetier de Ribes. L'hémorragie s'arrête.

Le 7 décembre, expulsion du ballon. Mais il y a des signes d'infection. L'intervention est décidée.

Laparotomie sus et sous-ombilicale.

Extériorisation de l'utérus. On lie les pédicules et les ligaments ronds de chaque côté. Césarienne. Extraction d'un fœtus mort qui exhale de l'odeur. Le placenta recouvre tout l'orifice interne. On le décolle et on l'extrait.

Section utérine supra-vaginale. Drainage à la vulve.

Pouls à 160.

Suites opératoires : phlegmon du ligament large à droite qui s'ouvre dans le gros intestin. Amélioration.

Donc, échec des moyens obstétricaux. On dut revenir à la méthode chirurgicale, un peu tardivement.

OBSERVATION XI (résumée)

VANVERTS, *Revue mensuelle de Gynécologie et d'Obstétrique*,

Octobre 1909.

Femme, 21 ans, IIpare. Basiotripsie lors du premier accouchement.

Dans le courant du huitième mois, hémorragie ayant cessé spontanément.

9 mai 1909 (fin du huitième mois), hémorragies plus abondantes. Autoucher : rétrécissement cicatriciel du col. Malgré les injections chaudes, l'hémorragie persiste. Tamponnement. Impossibilité d'atteindre les membranes, parce qu'il y a placenta prævia central.

Commencement de travail, mais dilatation minime du col. Etat général mauvais.

Opération césarienne. Extraction d'un fœtus mort.

Hystérectomie. Guérison de la mère.

OBSERVATION XII

(Du même auteur que précédemment.)

Femme, 45 ans, VIIIpare.

Depuis le troisième mois de sa grossesse, hémorragies répétées. Le 21 juin 1903, 18 heures, début du travail avec hémorragie abondante.

Le 22 juin, 4 heures, hémorragie continue. Pouls à 130. Etat d'anémie accentuée.

Toucher : placenta prævia central. Dilatation loin d'être achevée. La crainte d'une nouvelle hémorragie commande un traitement d'action immédiate.

Césarienne (dans de mauvaises conditions d'asepsie).

Extraction d'un fœtus vivant.

Mort de la mère par péritonite septique.

OBSERVATION XIII (résumée)

Communiquée par M. le Docteur GROSSE.

Marie D..., 20 ans, Iparré, est prise, le 15 août, en ville, d'une perte de sang peu abondante.

Entre à la Maternité, Clinique de Nantes, le 20 août 1919.

Aucun antécédent pathologique ou héréditaire.

Dernières règles du 18 au 22 décembre 1918.

Examen : bassin normal, œdème des pieds et du tiers inférieur des jambes, varices des grandes lèvres, présentation de l'épaule.

Le 24 août, hémorragie abondante qui s'arrête spontanément. Repos au lit.

Bruits du cœur fœtal normaux.

Col utérin long, mou, fermé.

Deux heures après l'examen, ce même jour, brusquement, hémorragie considérable. Injections vaginales chaudes inefficaces.

Pouls rapide, petit, atteint 120. Menaces de syncope.

Toucher vaginal : dilatation de un franc à peine. A travers cet orifice, le doigt rencontre la surface interne du placenta. On n'atteint pas les membranes. Cette situation angoissante décide de pratiquer l'opération césarienne. Elle est exécutée en dix minutes avec extériorisation de l'utérus.

Extraction d'un enfant vivant.

Suture en deux plans.

Suites opératoires simples.

15 septembre, cicatrisation parfaite de la paroi abdominale. L'opérée peut se lever.

Elle sort quelques jours plus tard avec un enfant, fille, pesant 3 kil. 150. Son état est satisfaisant.

OBSERVATION XIV

M. VALLOIS, *Bulletin de la Société de Gynécologie
et d'Obstétrique*, 1911.

Femme qui, après hémorragies abondantes et répétées, entra à la Clinique en mai 1909. On chercha d'abord à déchirer

les membranes. On ne peut les atteindre. Ces tentatives produisent de nouvelles hémorragies. Des ballons de Champetier, de grandeur croissante, furent successivement introduits entre l'utérus et l'œuf, et, quand la dilatation le permit, la main, introduite, décolla le placenta jusqu'aux membranes, qui furent largement déchirées.

Version. Abaissement du pied antérieur. Extraction lente du siège. Délivrance artificielle.

Vingt minutes après, hémorragie à laquelle succomba la femme, malgré le traitement local (tamponnement intra-utérin) et le traitement général.

OBSERVATION XV (résumée)

De M. VALLOIS, même séance.

En juin 1910, entrain à la Clinique une femme qui présentait également un placenta prævia central et qui, avant son entrée, avait saigné abondamment à plusieurs reprises.

A son entrée, état anémique extrême. Nouvelles hémorragies après examen. Tamponnement vaginal.

L'état de la malade s'aggravant, on retire le tampon. La dilatation étant à ce moment suffisante pour permettre l'extraction, on perfore le placenta et, à travers cet organe, on glissa la main qui fit la version et amena un fœtus mort.

Délivrance artificielle pendant laquelle la femme succomba.

OBSERVATION XVI (résumée)

De M. VALLOIS.

Le 25 janvier 1911, entrain à la Clinique, pour hémorragies, une femme de 27 ans, IIpare.

Dernier jour des règles, 28 juin 1910.

Le 24 janyier, hémorragie subite assez abondante qui s'arrête dans le courant de la journée.

Le 25 janvier, à 10 heures du matin, léger écoulement sanguin. Etat général assez satisfaisant; pouls à 104. Fœtus mobile. Bruits du cœur fœtal normaux. Au toucher, caillots dans

le vagin ; col long et ouvert. On ne sent pas les membranes, mais le doigt arrive sur une partie épaisse et inégale (cotylédons ou caillots).

A midi, écoulement sanguin assez abondant.

A 5 h. 30, la femme saigne à nouveau. Pouls à 116.

A 6 heures, tout étant préparé pour terminer l'accouchement rapidement, un nouveau toucher confirme le diagnostic de placenta prævia central.

Introduction d'un ballon de 150 grammes, puis un de 300 grammes, ce qui donne une dilatation d'une grande paume. Un troisième ballon donne la dilatation complète.

Déchirure pénible des membranes. Extraction d'un fœtus. Délivrance artificielle. Le placenta pèse 300 gr. Injection intra-utérine. Piqûre d'ergotine. Sérum artificiel. Huile camphrée.

L'enfant pèse 1470 grammes, mesure 36 centimètres ; placé dans une couveuse, il succombe six heures après.

Suites de couches normales. La malade quitte le service complètement rétablie.

OBSERVATION XVII (résumée)

De M. le Docteur ROCHET (d'Anvers).

Journal de Médecine de Bruxelles.

M^{me} S. . . , âgée de 26 ans, II-pare. A la suite de son dernier accouchement, elle a souffert du côté de la matrice, l'invololution ne s'étant pas faite normalement. L'utérus est resté volumineux. Col béant. Applications d'iode et de tampon à la glycérine ; tout rentre dans l'ordre.

La grossesse actuelle ne présenta rien d'anormal jusqu'au huitième mois. A ce moment, perte de sang abondante au toucher ; col non perméable.

Trois semaines après, nouvelles hémorragies qui cessa au bout de vingt-quatre heures.

Au début du neuvième mois, nouvelle perte de sang. Au toucher on sent parfaitement le placenta inséré centre pour centre sur le col.

Tamponnement avec de la ouate, ce qui entraîne une dila-

tation de cinq francs. Col mou. Le placenta étant détaché sur une étendue de trois centimètres dans le pourtour, on résolut à faire la version dès que le col sera assez dilatable pour permettre à la main de pénétrer.

Tamponnement, puis dilatation à la main. Pénétration dans l'utérus. Extraction d'un fœtus à peu près asphyxié mais vite rappelé à la vie et qui vécut plusieurs mois.

Délivrance artificielle suivie d'hémorragie abondante. Introduction de glace dans l'utérus. Compression de l'aorte abdominale. Administration d'ergot de seigle. L'hémorragie s'arrête. Température entre 38° et 39°. Six semaines après, la mère et l'enfant se portaient bien.

OBSERVATION XVIII (résumée)

De MM. PÉLISSARD et BENHAMON. *Journal d'Obstétrique* 1906.

G., . . , Félicie, âgée de vingt-trois ans, entre à l'hôpital le 20 janvier 1906 pour hémorragies répétées au cours d'une deuxième grossesse.

Antécédents pathologiques: Insuffisance mitrale, syncopes fréquentes.

Première grossesse, il y a un an, normale, mais accouchement accompagné d'hémorragie de la délivrance.

L'âge de la grossesse actuelle est de sept mois et demi. Au cours du sième mois, contractions utérines calmées par les injections chaudes et le repos.

Le 17 janvier, à 11 heures du soir, la femme a une hémorragie subite, abondante sans douleurs. M. le Docteur Gainaud et M^{lle} Dauzon appelés, posent le diagnostic de placenta prævia central et conseillent le transfert à l'hôpital.

Le 19 janvier, l'hémorragie cesse complètement.

Le 20, l'examen montre un état général précaire. Faciès pâle, lèvres décolorées, pouls misérable (152 pulsations). La palpation montre une tête mobile non engagée. A l'auscultation, on entend les bruits du cœur fœtal. Au toucher, col dévié à droite, court, non effacé. Orifice interne, fermé. Tout le segment inférieur est empâté.

Le 21 janvier, l'état général est un peu meilleur.

Le 22, l'amélioration s'accroît. Pouls à 120.

Le 24. Brusquement, vers trois heures de l'après-midi, survient une hémorragie abondante. L'état général s'affaiblit. L'examen obstétrical donne une dilatation de cinq centimètres. Le doigt arrive directement sur le plateau placentaire.

L'intervention immédiate est décidée. Anesthésie au chloroforme sans incidents. Dilatation à la Bonnaire. Elle est complète au bout de sept minutes. La main sent alors le placenta central occupant toute la dilatation. La périphérie est adhérente. La surface étant décollée dans sa plus grande étendue, on tente de décoller le rebord adhérent. Extraction du placenta. La tête est toujours très élevée, mais on la peut atteindre. Application de forceps au détroit supérieur. Le cordon ne bat plus.

Version podalique. L'enfant naît étonné, mais il est vite ramené. Délivrance artificielle.

L'intervention a duré quinze minutes. Lorsque nous quittons la femme à sept heures du soir, le pronostic ne paraît pas trop sombre.

Brusquement, à onze heures, syncope. La malade défaille sans hémorragie externe, ni interne. La médication d'urgence est impuissante et la mort survient en moins d'une demi-heure.

OBSERVATION XIX

Bulletin de Gynécologie et Obstétrique de 1922.

Le 9 mars, entre à la clinique obstétricale d'Alger une XV-paire de la ville pour métrorragies graves, au cours du septième mois de la grossesse.

Antécédents pathologiques : Quatorze grossesses antérieures normales et eutociques.

Dernières règles 10 au 15 août 1921. La gestation évolue normalement jusqu'au 1^{er} mars, date à laquelle se produit brusquement et insidieusement une hémorragie assez abondante qui céda par le repos pour réapparaître plus intense le 8 mars.

A son entrée, on constate une anémie profonde. Pouls rapide, petit ; faciès pâle. Aucun signe de travail. Au toucher, on sent les cotyledons placentaires très nettement adhérents sur le bord gauche de l'orifice interne et décollés sur le bord droit.

Bruits du cœur fœtal : normaux.

Vers 12 heures, l'hémorragie recommence. Tamponnement serré. Injection de sérum sous-cutané.

A 14 heures, le tampon est traversé. L'état de la femme s'aggrave. Pouls à 120.

On décide de rompre les membranes et d'introduire un ballon de Champetier de Ribes.

Anesthésie à l'éther. On enlève le tamponnement. Force est de passer à travers le placenta ne pouvant atteindre les membranes.

On tente la dilatation de Bonnaire, mais elle est pénible et lente. Alors, on décide de recourir à la méthode de Bossi. A travers la brèche placentaire, on extrait le fœtus.

L'enfant né étonné est ranimé rapidement. Délivrance artificielle rapide. Hémorragie légère. L'opération terminée, la malade est réchauffée et son état s'est amélioré tous les jours jusqu'à sa sortie de la clinique.

OBSERVATION XX

(Inédite.)

Due à l'obligeance de M. le Professeur Agrégé FAUGÈRE.

Malade très anémiée un mois avant l'opération.

Première hémorragie peu abondante comme quantité. Phénomènes généraux assez graves. Pouls à 120. Tendance syn-copale.

Deuxième hémorragie, huit jours plus tard, mêmes constatations.

Sept jours après, la malade est transférée à la clinique en vue d'une opération césarienne.

La malade examinée avec M. le Professeur agrégé Péry la veille de l'intervention présente un état général qui paraît bon. Pas de température. Pouls à 80.

Au palper, sommet élevé en gauche transverse. La partie fœtale en présentation paraît perçue à travers une épaisseur de tissus assez considérable.

Auscultation fœtale positive.

Au toucher, excavation vide, segment inférieur épais. On ne sent pas la partie fœtale en présentation.

L'ensemble de ces caractéristiques fait porter le diagnostic d'insertion centrale du placenta.

On décide l'intervention pour le lendemain. (Professeur agrégé Faugère, Roche, M. le Professeur Péry assistaient à l'opération.)

Le 21 juillet, opération césarienne classique. Hémorragie au moment du décollement placentaire. Le placenta très adhérent au niveau de son insertion, qui est centrale, forme un pont entre la face antérieure et la face postérieure du segment inférieur. Le plan de clivage, placento-utérin est difficile à trouver, même dans cet utérus ouvert.

L'hémorragie s'arrête ; sutures : la malade paraît très shockée.

Malgré le traitement général, et sans avoir présenté d'autre perte de sang, la malade meurt huit heures après l'opération. Enfant vivant.

Tableau récapitulatif des résultats obtenus dans les observations précédentes

PROCÉDÉS UTILISÉS	NOMBRE DE CAS	ENFANTS VIVANTS	ENFANTS MORTS	MÈRES VIVANTES	MÈRES MORTES	Mortalité infantile	Mortalité maternelle
Rupture des membranes. <i>Obs.</i> (III-XV-XVI-XVII-XVIII)	5	3	2	3	2	40 %	40 %
Perforation du placenta. <i>Obs.</i> (II-VII-VIII-IX-X)	5	1	4	3	2	80 %	40 %
Opération césarienne <i>Obs.</i> (I-IV-V-VI-IX-X-XI-XII-XIII-XV)	10	8	2	8	2	20 %	20 %

CONCLUSIONS

Nous croyons pouvoir conclure des observations précédentes que :

1° Le placenta prævia, dit central, une fois diagnostiqué, est le plus souvent justiciable d'un traitement chirurgical.

Que ce traitement sera pratiqué :

- a)* Le plus près possible du terme de la grossesse;
- b)* Toutes les fois que la dilatation, à ce moment, sera nulle ou commençante;
- c)* Toutes les fois qu'il s'agira de primipares avec col rigide;
- d)* Quand le fœtus sera vivant et viable;
- e)* Quand les hémorragies graves d'emblée ou répétées n'auront pas mis la malade hors d'état de supporter l'opération;
- f)* Quand la femme pourra être hospitalisée dans une clinique.

3° L'opération césarienne abdominale classique restera l'opération de choix.

4° L'hystérectomie totale ou subtotale sera indiquée toutes les fois qu'il y aura des symptômes d'infection (hypothermie inf. vaginale, etc.).

5° Néanmoins, le traitement chirurgical ne saurait être le traitement unique du placenta prævia, dit central. Lorsque la dilatation permettra une terminaison immédiate, on pratiquera, si possible, la rupture des membranes, de préférence aux autres manœuvres obstétricales.

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

D^r Maurice RIVIÈRE.

Vu :

Le Doyen,

D^r C. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 17 Février 1923.

Pr le Recteur de l'Académie,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

G. CIROT.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVARD. — *Thèse d'agrégation*. Paris 1886.
- ANDÉRODIAS. — *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux*, 1905-1920.
- BROUHA. — *Gynécologie et Obstétrique* 1920, tome II.
- BAR-BRINDEAU. — *La pratique de l'Art des accouchements*.
- BYERS. — *British medical Journal*, 1920.
- CATHALA. — Communication à la *Société de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1913.
- COUVELAIRE. — *Gynécologie et Obstétrique*, 1920-1921.
- COIRINT. — *Thèse de Strasbourg*, 1919-1920.
- DYLION (B.). — *Thèse de Paris*, 1889.
- DEVILLE. — *Thèse de Paris*, 1898.
- DESCURE. — *Thèse de Bordeaux*, 1919-1920.
- FAURE (Guillaume). — *Thèse de Paris*, 1920-1921.
- FABRE. — *Précis d'Obstétrique*, 1915.
- GUILLET. — *Thèse de Paris*, 1903-1904.
- GILLES. — *Société de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1913.

- GILLETTE. — *Journal American medical Association*.
- GROSSE. — *Revue mensuelle de Gynécologie et d'Obstétr.*, 1914.
- GUÉNIOT. — *Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1920.
- HOUPERT. — *Thèse de Bordeaux*, 1898.
- HENROTAY. — *Société de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1921.
- IPSEN. — Communication Jutlandaise de médecine.
- LANAUDIE. — *Thèse de Toulouse*, 1908-1909.
- DOUGLAS-LAUW. — *British medical Journal*, 1920.
- LEQUEUX. — *Société de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1920.
- MORISSON-LACOMBE. — *Thèse de Paris*, 1920.
- MARIDORT. — *Thèse de Paris*, 1898.
- PAUCOT. — Communication à la *Société de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1911.
- PLANCHU. — Communication à la *Société des Sciences médicales*. Lyon 1909.
- RICHTER. — *Archives françaises de Gynécologie*, 1920.
- ROCHET. — *Journal de Médecine et Chirurgie*. Bruxelles 1888.
- SASPORTAS. — *Chronique médicale* du 1^{er} octobre 1922.
- SHAW. — *British Gynecol. Journal*. Londres 1895.
- VANVERTS. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétr.*, 1918-1919.
— *Bulletin de la Société d'Obstétr. et Gyn.*, 1921.
- VALLOIS. — *Réunion obstétricale de Montpellier*, 1911.

